

Auch Phytopharmaka rechtzeitig vor Operation absetzen: Anästhesisten aus Chicago haben die aktuelle Literatur zu den gebräuchlichsten Pflanzendrogen ausgewertet, um zu prüfen, ob Phytopharmaka eine Gefährdung bei Operationen bedeuten können. Randomisierte kontrollierte Studien hierzu sind nicht auffindbar. Die in der Tabelle genannten Bedenken gegen die perioperative Einnahme gebräuchlicher Kräuterpräparate werden aus anderen Studien, Fallberichten und Übersichten sowie aus pharmakokinetischen Eigenschaften der Bestandteile abgeleitet. Vor allem Phytopharmaka, die Stoffe mit langer Halbwertszeit wie Hypericin (in Johanniskraut) enthalten oder die Thrombozytenaggregation hemmen können (z.B. Ginseng, Knoblauch), empfiehlt es sich demnach mehrere Tage vor einer OP abzusetzen (ANGLEE, M.K. et al.: JAMA 2001; **286**: 208-16). Ist dies nicht geschehen, ist besondere Vorsicht angezeigt. Ein Verschieben der OP erscheint jedoch angesichts der überwiegend dürftig belegten Bedenken nicht erforderlich, –Red.

Phytopharmakon	Bedenken (z.B.)	Absetzen vor OP
Baldrian (BALDRIAN-DISPERS u.a.)	verstärkter Effekt von Anästhetika	vorsichtshalber ausschließend absetzen (keine Daten)
Echinacea (ECHINACIN u.a.)	allergische Reaktionen, Wirkminderung von Immunsuppressiva	so früh wie möglich (keine Daten)
Ephedra (EPHEDRA Kapseln u.a.)	Bluthochdruck, Tachykardie, Myokardischämie, Schlaganfall, intraoperativ ventrikuläre Arrhythmie in Verbindung mit Halothan	mindestens 24 Stunden (Halbwertszeit von Ephedrin: 5 Stunden)
Ginkgo biloba (TEBONIN u.a.)	erhöhtes Blutungsrisiko (a-t 2000; 31 : 87-8)	mindestens 36 Stunden
Ginseng (GINSANA u.a.)	Hypoglykämie, erhöhtes Blutungsrisiko (s. auch a-t 1999; Nr. 11: 119)	mindestens 7 Tage
Johanniskraut (JARSIN u.a.)	zahlreiche bedrohliche Interaktionen (Induktion von CYP450-Enzymen), Wirkungsverminderung von Ciclosporin, Digoxin, Proteasehemmern, Warfarin u.a. (a-t 2000; 31 : 31)	mindestens 5 Tage (Halbwertszeit von Hypericin: 43 Stunden)
Kava-Kava (LAITAN u.a.)	verstärkter Effekt von Anästhetika	mindestens 24 Stunden
Knoblauch (KWAI u.a.)	erhöhtes Blutungsrisiko	mindestens 7 Tage

Auch bei Mitteln mit unzureichend belegter Wirksamkeit können unerwünschte Wirkungen relevant werden. Die Vielzahl der zum Teil bedrohlichen Interaktionen spricht nicht nur gegen die präoperative Verwendung von Johanniskraut-Präparaten (a-t 2001; **32**: 62). Die kanadische Gesundheitsbehörde warnt generell vor Produkten mit Ephedrakraut, allein oder in Kombination mit Koffein bzw. anderen Stimulanzien, die zur Gewichtsabnahme oder zur „Energiesteigerung“ verwendet werden. In Kanada sind zwei Todesfälle (Suizide) in Verbindung mit solchen bisweilen als „natürliches Stimulans“ bezeichneten Zubereitungen bekannt. Die US-amerikanische Gesundheitsbehörde FDA hat innerhalb von 21 Monaten 10 Todesfälle und 13 anhaltende Beeinträchtigungen erfasst, die mit Ephedra-haltigen Nahrungsergänzungsmitteln in Verbindung gebracht werden (Health Canada: Advisory for Health Professionals, 14. Juni 2001)*.

Reanimation – Vasopressin (PITRESSIN) nicht besser als Adrenalin (SUPRARENIN): Nach den aktuellen Leitlinien der American Heart Association zur Reanimation kann bei erfolgloser Defibrillation als Alternative zu Adrenalin (Epinephrin; SUPRARENIN u.a.) einmalig Vasopressin (PITRESSIN) als erstes Medikament verwendet werden (KERN, K.B.: JAMA 2001; **285**: 1267-9). Die Empfehlung beruht in erster Linie auf Ergebnissen einer randomisierten Studie mit 40 ambulanten Patienten, die bei persistierendem Kammerflimmern nach Defibrillation 1 mg Adrenalin oder 40 E Vasopressin erhalten. Die Überlebensrate nach 24 Stunden lag unter Vasopressin mit 60% deutlich höher als

unter Adrenalin (20%; LINDNER, K.H. et al.: Lancet 1997; **349**: 535-7). Eine jetzt veröffentlichte Studie mit 200 stationären Patienten bestätigt diese Ergebnisse nicht. Signifikante Unterschiede ergeben sich weder für den primären Endpunkt (Überlebensrate nach einer Stunde: Vasopressin 39%, Adrenalin 35%) noch für das sekundäre Zielkriterium Krankenhausentlassung (12% vs. 14%). Auch Subgruppenanalysen nach Alter, Ursache des Herzstillstandes u.a. lassen keinen Vorteil für Vasopressin erkennen. 87% der Patienten erhalten nach initialem Vasopressin mindestens einmal nachfolgend Adrenalin. Ob der raschere Beginn der Reanimationsmaßnahmen unter stationären Bedingungen einen Einfluss auf die Ergebnisse hat, bleibt offen. Die Autoren halten den routinemäßigen Gebrauch von Vasopressin beim derzeitigen Kenntnisstand für nicht gerechtfertigt (STIELL, I.G. et al.: Lancet 2001; **358**: 105-9). In den aktuellen europäischen Leitlinien wird eine Empfehlung von Vasopressin wegen unzureichender Nutzenbelege ebenfalls für verfrüht erachtet (DE LATORRE, F. et al.: Resuscitation 2001; **48**: 211-21). Ergebnisse einer europäischen Multicenterstudie mit ca. 1.500 ambulanten Patienten, in der Adrenalin mit maximal zweimaliger Vasopressin-Injektion verglichen wird, werden Ende 2001 erwartet (KRISMER, A.C. et al.: Curr. Opin. Crit. Care 2001; **7**: 157-69).

Österreich – Nebenwirkungen von FSME-IMMUN Staatsgeheimnis? Unsere Anfrage zu den bekannt gewordenen Nebenwirkungen der FSME-Vakzine FSME-IMMUN INJECT beantwortet Hersteller Baxter (Wien) mit dem Hinweis: „Den aktuellen Stand ... erfragen Sie bitte bei der österreichischen Gesundheitsbehörde“ (Baxter [Wien]: Schreiben vom 24. April 2001). Die Behörde teilt mit, dass eine Übermittlung „aus Datenschutzgründen nicht möglich“ ist (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: Schreiben vom 2. Juli 2001) – ein eingespieltes Team? – Red.

ELOBACT – „Mittel der Wahl“ bei Atemwegsinfektionen? In der Werbung zum „Praxisantibiotikum“ ELOBACT heißt es für das Cefuroxim-haltige Präparat: „Mittel der Wahl bei Sinusitis, akuter Otitis media, chronischer Bronchitis und Pneumonie“. Als Literatur werden die Empfehlungen einer Expertenkommission der Paul-EHRLICH-Gesellschaft für Chemotherapie (Münch. Med. Wschr. 1998; **140**: 118) angegeben. Liest man allerdings die Originalarbeit, so ist eine andere Interpretation angebracht. Die Paul-EHRLICH-Gesellschaft empfiehlt bei akuter Sinusitis und Pneumonie nicht nur „Cephalosporine“, also nicht nur ELOBACT, sondern auch Aminopenizilline plus Betalaktamaseinhibitor, Makrolide und neuere Fluorchinolone. Der Text lautet: „Cefuroxim kann daher auch bei komplizierten Infektionen des oberen und unteren Respirationstraktes eingesetzt werden.“ Wohlgermerkt „kann“ – als eines von drei oder vier Antibiotikaklassen, aber nicht ausschließlich als „Mittel der Wahl“. Werbung darf Literatur nicht selektiv zitieren (F. DASCHNER).

Angriff auf Wissenschaftsfreiheit gescheitert: 1997 klagte die Schwabe GmbH gegen die Herausgeber des Arzneiverordnungs-Report (AVR) und die Spitzenverbände der Krankenkassen wegen der Veröffentlichung einer Liste umstrittener Arzneimittel und erhielt im einstweiligen Rechtsschutzverfahren Recht. Dadurch wurde eine Zensur wissenschaftlicher Meinungen durch Wirtschaftsunternehmen sanktioniert. Der AVR'97 erschien mit geschwärtzten Passagen, Seiten und Kapiteln (a-t-Leser konnten damals ungeschwärtzt nachlesen: a-t 1998; Nr. 1: 3-9). Das OLG Düsseldorf hat jetzt den Eingriff in die Grundrechte der Wissenschaftsfreiheit korrigiert und die Klage der Firma in der Hauptsache abgewiesen. Die Zusammenarbeit der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Autoren und Herausgebern des AVR ist kein widerrechtlicher Eingriff in den Wettbewerb (OLG Düsseldorf, Az. U [Kart] 38/98, Urteil vom 13. Juli 2001). Ob Verfolgung und Ausforschung von Wis-

Warenzeichen in Österreich und Schweiz (Beispiele)

Adrenalin:
SUPRARENIN (A) ADRENALIN IMS (CH)

Baldrian:
VALIN BALDRIAN (A) BALDRISEDON (CH)

Cefuroxim:
ZINNAT (A) ZINAT (CH)

Echinacea:
ECHINACIN (A, CH)

FSME-Impfstoff:
FSME-IMMUN (A, CH)

Ginkgo biloba:
TEBONIN (A) TEBOFORTIN (CH)

Ginseng:
GINSANA (A, CH)

Johanniskraut:
JARSIN (A, CH)

Kava-Kava:
KAVASEDON (A, CH)

Knoblauch:
KWAI (A, CH)

* http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/warnings/2001/2001_67e.htm